

LOGO DEL CENTRO

CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

Servicio de salud de referencia: Sanidad de Castilla y León (SACYL)

CERTIFICADO DE REPOSO DOMICILIARIO

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos

DNI / NIE

Fecha de nacimiento

N.º de historia clínica

DATOS DEL FACULTATIVO Y DEL CENTRO

Nombre y apellidos

N.º de colegiado

Centro sanitario

Localidad

PERIODO DE REPOSO RECOMENDADO

Desde

Hasta

N.º de días

Recomendaciones

El/la facultativo/a que suscribe CERTIFICA que el/la paciente arriba indicado/a precisa reposo domiciliario durante el periodo indicado, tras la valoración realizada en este centro.

FIRMA Y SELLO DEL FACULTATIVO

Fdo.: _____

N.º de colegiado: _____

SELLO DEL CENTRO SANITARIO

(espacio reservado al sello)